

**ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО  
ЗАПЛАНОВАНУ ДІЮ HCS/AAA  
HCS/AAA PLANNED ACTION NOTICE**

DATE OF NOTICE
PROGRAM
CLIENT ID:

Шановні

Починаючи з \_\_\_\_\_ послуги для вас будуть:

- Схвалені     Змінені     Продовжені     Збільшені     Відмінені     Відмовлені  
 Скорочені     Завершені     Призупинені

Ця дія виконується відповідно до:

- WAC 388-106-  
 WAC 388-71-0702, WAC 388-71-0706, WAC 388-106-0810, WAC 388-106-0815, що стосуються Денних центрів здоров'я для дорослих (Adult Day Health, ADH)  
 Інше:

Була проведена оцінка вашої інформації щодо вашого права на одержання послуг вдома та за місцем проживання відповідно до Розділу 388-106 Адміністративного коду штату Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC).

- Оцінка вашої інформації показала, що ви не маєте права на послуги.
- Оцінка вашої інформації показала, що ви належите до класифікаційної групи \_\_\_\_\_ і маєте право на \_\_\_\_\_ годин догляду вдома за програмою \_\_\_\_\_ (COPES/MNIW/MPC/Фінансування штатом).
- Оцінка вашої інформації показала, що ви належите до класифікаційної групи \_\_\_\_\_ і маєте право на щоденний індивідуальний тариф \_\_\_\_\_ доларів за програмою \_\_\_\_\_ (COPES/MNRW/MPC/Фінансування штатом).
- Дозволяється прийняття / оцінка ADH і \_\_\_\_\_ днів на тиждень, до 10 оплачуваних днів обслуговування \_\_\_\_\_ для догляду медсестрою та / або \_\_\_\_\_ для проведення оцінки представниками реабілітаційного персоналу, щоб оцінити, чи може бути проведено зарахування до \_\_\_\_\_ центру ADH.
- Дозволяється продовження обслуговування ADH \_\_\_\_\_ днів на тиждень по догляду медсестрою та / або \_\_\_\_\_ на реабілітаційні послуги на основі рішення менеджера по справі що до права на такі послуги в \_\_\_\_\_ центрі ADH на \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_  
Дата Дата

Вищевказане рішення ґрунтується на інформації, що міститься у доданому короткому огляді послуг та поясненні щодо розгляду справ.

Інша дія. Дія згідно з WAC(s)  
застосовується тому, що:

Ви маєте право клопотати про проведення справедливого слухання, якщо ви не згодні з цією дією. Ви маєте 90 (дев'яносто) днів з дати одержання цього повідомлення, щоб подати клопотання про проведення слухання. Щоб клопотати про проведення слухання, ви можете звернутися письмово до Відділу адміністративних слухань: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489.

Якщо ви зараз одержуєте допомогу за вищевказаною програмою, **ви будете мати право на отримання ПОТОЧНОЇ ДОПОМОГИ, якщо ви подасте клопотання про проведення справедливого слухання до дати набуття чинності або до кінця місяця, на який припадає дата набуття чинності. Якщо дію Департаменту було затверджено під час проведення справедливого слухання, ви можете мати переплату допомоги за цей період, яку ви будете повинні повернути. Ви не будете змушені повертати допомогу у розмірі більше ніж за 60 (шістдесят) днів. Якщо ви не хочете мати ПОТОЧНУ ДОПОМОГУ, ви повинні повідомити письмово особу, яка підписала цей лист.**

Ви також маєте наступні права: 1) мати представника (ви можете мати право на безкоштовну юридичну допомогу); 2) попросити копію вашої справи і всієї інформації, на яку спирався Департамент при визначенні розміру вашої допомоги; 3) подавати документи як докази; 4) свідчити під час слухання, або представляти свідків на свою користь; 5) проводити перехресний допит свідків, які свідчать на користь Департаменту. Для отримання подальшої інформації, будь ласка, зверніться до особи, що підписала цього листа, з проханням надати брошуру DSHS 22-092(X)). Ви також можете зателефонувати:

---

З повагою,

---

ПІДПИС СОЦІАЛЬНОГО РОБІТНИКА /  
МЕНЕДЖЕРА ПО СПРАВІ

НАЗВА І АДРЕСА ВІДДІЛУ HCS/AAA